

厚生労働科学研究費補助金 (社会保障国際協力推進研究事業) 分担研究  
結核の経験を途上国に活用するための方策に関する研究 (研究協力者報告書)

### “口で結核、頭で PHC “

—1950 年代、途上国であった日本が、如何に”国民病”である結核の対策を拡充しながら、保健システムの拡充を同時に行っていたかに対する歴史的考察。

ハーバード大学公衆衛生校・武見国際保健プログラム・リサーチフェロー  
世界保健機関・東地中海地域事務局・結核対策医務官  
清田明宏

#### 1. 序論

未整備である保健システムの中で如何に結核対策を拡充していくかは、途上国にとって大きな課題である。最終的には保健システムの拡充が必要となるが、資源の限られた途上国にとって、結核対策と保健システムの拡充を同時に行うことは困難な事が多い。我々は日本が途上国であった 1950 年代以降に、如何にその両者に取り組んだかを分析した。当時日本の経済力は一人当たりの国民総生産で見ればアメリカの 10 分の 1 で、どちらかと言うとフィリピンに近かった。結核は“国民病”といわれるほどの高蔓延状態であり、死亡原因の第 1 位であり、毎年 10 万人以上が結核で死亡していた。医療保険は第 2 次大戦以降崩壊しており、健保・国保をあわせても国民の 7 割近くが無保険であった。この中で日本は、1961 年に国民皆保険を実現し、1970 年には、1950 年と比べて結核死亡率を 10 分の 1 に引き下げた。その過程を分析した。

#### 2. 方法

現存する資料と文献の分析を行い、当時の関係者の面接も行った。分析の際、最近提唱されている、保健システムを構築する 5 つのメカニズムを活用した。これらはコントロールノブと呼ばれ、財政—Financing (財源の確保)、支払い—Payment (医療機関・医師等への支払い)、組織—Organization (医療機構・組織の構成)、規制—Regulation (強制力のある法整備)、及び行動様式—Behavior (関係者の行動様式の変化) である。

#### 3. 結果

日本の保健システムの拡充方針は、財政—社会保険、支払い—出来高払い、組織—開業医を中心・保健所は予防と環境活動、規制—種々の公衆衛生関連法律・規制、行動様式—保健婦等による住民教育、に基づいていた。結核対策は国の最重要課題であり、十分な予算処置が行われた。対策実行は、結核独自の縦割り組織を作るのではなく、上記の保健システム拡充の枠組みの中で行われた。ただ、結核の問題があまりに大きいので、結核特有の機構が追加された：財政—結核対策の公的補助、支払い—保健所の結核審査会における

適正医療管理に基づく支払い、組織—大量の患者の入院用の結核病棟（当時は入院療養が第一治療であった）、規制—結核予防法、行動様式—結核予防会の形成。これらの追加組織は、その後の疾病対策の先例となっている。例えば、財政—難病対策における公的補助、規制—各種の疾病対策法、行動様式—各種の保健推進団体、である。当時の保健政策の実行者は、結核対策拡充を行う中で絶えず保健システム、あるいは PHC の拡充を描いていたと思われる。言い換えれば、“口で結核、頭で PHC “であった。

#### 4. 考察

日本で結核対策が成功した理由としては、国の明確な意思の存在が重要だが、対策拡充が、縦割りの組織の作成ではなく、保健システム全体の拡充の枠組みに乗っかって行われた事がある。この点は、結核診療所など縦割り組織を構築する事が多い現在の途上国とは異なる。しかし、日本の経験がどこまで途上国に適用できるかは、議論が必要である。日本では 1950 年以前にも医療従事者がかなり存在しており、1955 年以降は国民総生産が年々 10% 増加する経済成長があった。これらは現在の途上国には無い。ただし、エイズ・結核・マラリアに対する世界基金や、高エイズ薬の使用拡充を目指す“3 by 5”運動により、大量の資金が感染症対策に導入されている現在、その資金の使用方法のひとつの示唆になるかもしれない。即ち、感染症対策用の資金を保健システムの拡充に使用し、その枠組みの中で結核対策を行うという方向である。

厚生労働科学研究費補助金 (社会保障国際協力推進研究事業) 分担研究  
結核の経験を途上国に活用するための方策に関する研究 (研究協力者報告書)

## 日本の結核対策技術に対する開発途上国側からの期待 - 援助現場からの考察

カンボジア JICA 結核対策プロジェクト 前チーフアドバイザー 小野崎郁史

日本の経済は、1950年代からの約30年で戦後復興の域を越えた急成長を示し、世界的にも注目された (参考文献: Japan as No.1 etc)。勤勉性や庶民に至るまでの高い教育水準から米国による安全保障の肩代わりまで、奇跡的な経済成長の要因もさまざまに論じられている。この経済成長が水俣病や四日市喘息に代表される公害病などの負の健康要因をもたらしたことも忘れてはならないが、この間国民の健康状況は全体には著しく改善し、現在では世界でもっとも健康水準の高い国と認識されるようになっている (WHO)。その中でもっとも改善を見た分野が、かつて国民病とされた結核である。1950年には、60万人を超える患者が発生し、人口10万対146もの高死亡率であったが、1970年代に至るまで罹患率は年率10%前後の改善を達成し、北米のエスキモー集団と並び (文献)、日本は世界でもっとも急速に結核の状況を改善させた場所としても着目される。

日本の海外援助はその多くが戦後賠償の形で開始されたが、経済発展にともない真の国際協力も発展してきた。いわゆる人道援助として保健医療分野での協力は、日本の国際協力の中心の一つであるが (文献)、その中でも結核対策は日本の経験・技術を行かせる得意分野として着目されてきたし (文献)、各国で成果を上げ、現在でも日本の協力を求める各国からの声は絶えない (文献)。

しかし、かつて日本の専門家は、途上国の現場において「日本で成果を上げてきた結核対策の方法」が必ずしも効率的ではなく、人的経済的資源に乏しい開発途上国では時によりまったく応用できないことを学んできた。また、それが日本人である古知新博士の指導によるという皮肉なめぐり合わせではあったが、WHOが中心となって開発されたDOTSという結核対策パッケージを世界に普及させることが標準となった現在、日本あるいは結核予防会結核研究所に寄せられる途上国の期待とはいったい何なのかといった、素朴な疑問が生じてくる。国際会議でも私が訪れたいくつかの国でも、途上国側からの日本への非常に強い期待をひしひしと感じるが、その「期待」について、現場での経験を踏まえ考察する。

日本の援助は国内では「札束でほほをたたくような援助」(2月21日朝日新聞声欄)と形容されることもあり、また海外でも「欲しいのは専門家ではなくついてくる資金」というような声を聞く。結核対策においても日本の「技術」ではなく、資金が期待されているのだろうか。

中東での日本への期待感、欧米諸国に戦争で徹底的にたたかれたのにも関わらず成し

遂げた戦後の急速な復興の過程と先進国の仲間入りをした現在の状況への憧れであるという（文献）。同様に、結核対策でも日本における急速な結核の改善や現在の健康水準が漠然とした憧れとして、日本への期待感につながっているのだろうか。

日本の技術援助の対象は他国の援助と比べ一つ下の中間レベルもしくは実際の現場にまで及んでいる。米国の援助は、しばしばエリート集団対象の援助であり、米国の大学・大学院にエリート層を受け入れ米国シンパを作り上げることが中心である。末端には NGO などを通じ援助が実施されるが、米国人専門家は直接の関わりを持たず莫大な資金を背景に国際 NGO や現地 NGO を動かしているが、そこに肌理の細やかさは感じられない。これに対し、日本の援助は結核対策でもヘルスワーカーや検査技師の育成に直接日本人専門家が関わっており、費用効率性はさておき、現地で顔の見える援助となっており、現場でたいへんに感謝され支持されている。そこでは基本的な技術を直接伝える、日常の巡回指導・モニタリングに同行しオンザジョブ的なトレーニングを実施するなど技術が確実に根付いていく。

結核対策には、公衆衛生と臨床が融合した側面があり、日本の専門家が素直に入って行きやすい。他の分野では、公衆衛生・疾患対策と臨床の現場とに距離があることが多いが、結核は対策の基本が患者発見・治療であることや、保健所など日本の公衆衛生分野での中心活動であったために、他の公衆衛生分野に較べ日本で専門家の人材が比較的得やすい強みがある。日本の専門家には、純粋な公衆衛生、あるいは保健医療行政・マネジメントの専門家として派遣されるこの分野の欧米の専門家にはない経験や特性があったことは大きな利点であったと思われる。保健所の所長が定期外検診の X 線写真を読んでいるなどの経験が良かれ悪しかれ役にたっている。

それでは、日本で実際に結核対策の経験があまりない今の若い世代の専門家は通用しないのだろうか。

日本の専門家の欧米の専門家の技術の伝え方にも大きな差があることが、世代を超えて日本人が期待されることにもつながっているように思える。専門家が“こうであるべき”なガイドラインやモジュールを作成し後は現地のスタッフや NGO に任せるとというのが欧米流であり、そのために頻回に会議やトレーニングが開催される。TB/AIDS 対策にアフリカのモデルを直接持ち込もうとした点などは典型的な例であろう。しかし、実際には、トレーナーとして訓練された者がその習得した知識を下のものに伝えていくといった習慣がない社会では、ノーハウが普及しないだけでなく、専門家自体が現地のフィールドの経験がないために現実と乖離したトレーニングが実施されているように観察される。これに対し、日本のプロジェクトでは、専門家自体が足繁くフィールドに出かけ、患者の家を訪問しその実態を体験し、地方スタッフの能力も把握した上で、現地に即応したトレーニングが実施されている。みかけ上は非常に非効率であり、再生産に乏しいように見受けられるが、国レベル・地域レベルではその実情をよく反映したプログラムが開発され普及されることになる。DOTS そのものは国際的に標準化されたすぐれたパッケージであるが、その普及には各国の技術力や人材の実情に応じた工夫が不可欠であり、日本の関わった地域での高い成果がそれを実証している。ガイドラインに固執しないフレキシビリティが現場主義の日本の援助の強さである。またそれは一見非常に非効率な直接指導法であるのだが、

前述のように職業的な知識や技能が再生産されていかない社会で実効性のある唯一の方法であることも多いと考えられる。医師であっても技師であっても、先輩から手取り足取り指導を受けてきた日本での経験のなす業であろう。

こうしろと頭ごなしに命じるのではなく、ともに働き開発を進めていくという日本の技術援助の方法は、とくにアジアでは「アジア人の心」を理解していると言う点で評価されている。植民地の経験のある国では、この傾向はとくに強く、実際に欧米人専門家でもカウンターパート側より再派遣を要請されるタイプはわれわれからみても日本人的な者であったことは印象深かった。

筆者が3年7ヶ月勤務したカンボジア国立結核センターでも、ともに働く姿勢を貫くことにより、カンボジア人カウンターパートたちの勤務時間は倍増した。結核対策課では、かつては午後になると所長以外は一人二人をみるだけであったが、今や5時過ぎまで多くのスタッフが残っていることがあたりまえの光景になった。仕事をすることで予算が動き、また無償資金協力によるセンターの建て替えで作業環境が整ったこともあるが、プロジェクト専門家の熱意が彼らの行動変容を促した原動力であったと考えている。技術を生かすためにも、仕事に対する姿勢・モラルの改善は欠かせないがこれも日本人の得意な分野であろう。

この共に働き、問題を共有し創意工夫し解決するという方法は、上位レベルでも政策転換をも招く力となる。単なる外圧ではなく、外国人がともに働くことが、政策担当者の背中を押すことになり、彼ら自身による政策の転換・変革へのインパクトとなる。自分たちのものとして消化しての政策の転換は根付くが、外圧による保健医療政策はけっきよのところで実施されないことをしばしば観察する。

しかし、いくらともに働く姿勢にすぐれていても、プレゼンテーションや教えるという技術(教育技術)に優れていなければ非効率であり、とくに日本より高額な負担がある ODA の専門家としては不適格ということになる。技術の定義はさまざまあるが、ここでは「知識や経験をもとに何かを生産・実施するためのツール」と考えると、専門家の職務ではいかに相手に伝えるかといういわゆる教え方の技術の重要性が、現地レベルでは専門家が持つ技術移転を目指す技術の重要性を上回るとも考えられる。日本人ではないが、結核研究所の国際研修などでポストン大学(現 WHO)のリチャード・レイン医師の評価が高いことは、途上国よりの参加者がこのことを感じ取っていることの表れであろう。専門家派遣にあたっては教育・プレゼンテーション技術に関する考慮がより必要であると考えられる。

以上のように考えてくると、専門家としての日本の技術というより、専門家が受けてきた教育や日本の文化・背景などがあいまって形成されてきた人間性と働く姿勢が開発途上国の現場で評価されているように思える。結核対策の分野では、今まで JICA 等を通じて実施してきたプロジェクトの経験を国際会議などで他国から聞いたり、結核研究所での国際研修を通じて実際に日本の専門家に触れることで、有色人種の先進国日本への憧憬とあいまって、期待感が良い意味で相乗しているように考えられる。

しかしながら、グローバルに標準化されつつあるとはいえ、基本的な結核対策を習得していることは援助側としての最低条件であることは再認識したい。筆者が、昨年 の IUATLD の会議で発表したようにカンボジアでは、いわゆる偽結核患者が非常に多く存在する。ターゲット至上主義がその一番の原因と推察されたが、非常に残念なことに結核の専門家を持たない NGO が結核対策に関わっている地域に偽患者が多く見られた。カンボジアでは、NGO による保健医療分野での協力が非常に活発であり、健康教育や住民参加アプローチなどで一定の成果を上げているようではあるが、能力のある現地スタッフが絶対的に不足していることもあり、医療技術の面での支えが乏しい。したがって、結核はカンボジアで大きな問題である⇒活動対象村落には患者が多いはずである⇒住民教育・啓発により患者が発見されるはず⇒医療施設・ラボによる偽塗抹陽性検体の捏造⇒成果としての報告と資金の新たな獲得、という流れがもの見事に繰り返され、報告患者の半数以上が偽などという地区もある。単に熱意と資金だけでは問題は解決しないという例をあちらこちらで観察させられた。

また、途上国の中央レベルには、日本に蓄積されている技術や専門家のタイムリーな提供への期待がある。たとえば結核の全国調査の実施や解析などは、一国にとっては5年・10年に一度の行事でありすべてのノウハウを保持する必要があるわけでもない。また、通信・運輸システムの国際的発達により、データ処理や高次ラボ機能を必要とする検体検査を国外で実施することも容易となった。結核対策の分野では、結核研究所が最新の技術を提供するリフェラルセンターとして機能しており、プロジェクトなどの現地専門家や援助対象国が常に利用可能な体制が提供されている。途上国側も、国際研修などを通じてそのことを理解しており、この後方支援システムが得られることも日本の結核対策技術への信頼と期待につながっている。

コモンバスケット型の資金提供が促進されたり、GF-ATM の登場で現地の資金の見通しがついてきた状況の中でも、結核対策の分野では日本への期待を込めた援助要請が続いている。もちろん日本のプロジェクトのようなフレキシブルな資金援助への期待もあるが、日本に対する期待は冒頭で触れたようなお金に対するものだけではなく「技術」であり、その技術とは「日本の結核対策の過去の技術」ではなく、日本の結核対策専門家、保健医療従事者、そして日本人そのものが培ってきた「熱意と人間性に基づく業」であると考えられる。とくに臨床と公衆衛生が密着する結核対策では、その特性を發揮しやすい環境にあると思われる。また、疾患対策としての実効性のない上滑りな援助とならないためにも、結核研究所のような機関が存在し、専門家や援助対象国を支える技術的バックアップ体制が整っていることもこの分野での日本の援助の成功に欠かせない要因である。通信・運輸事情が急速に改善した現在では、援助の効率性を考える上でも、日本からの特殊技術への支援、一方国にとどまらない地域（広域）結核対策専門家と現地のプロジェクト現場でカウンターパートとともに働く若手専門家・ボランティアなどを有効に組み合わせた協力体制づくりが急務となろう。日本による結核対策分野への協力は、その後方支援体制が確保されていることもあいまって、今後とも途上国の期待に応え続けることのできる分野と考えられる。

(石川報告書) 資料3

厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進研究事業) 分担研究  
結核の経験を途上国に活用するための方策に関する研究(研究協力者報告書)

保健師等へのグループ面接調査結果報告  
結核対策の経験と公衆衛生活動への応用に関するフォーカス・グループ・  
ディスカッション(GFD)まとめ  
— 沖縄県那覇市と長野県飯田市の結核保健活動の経験から

山崎明美(結核研究所特別研究生、埼玉医科大学大学院)

石川信克(結核研究所)

1. 序論

昨年度の研究では、日本の結核対策が歴史的に著しい効果をあげた背景や特色を分析した。それは「行政のコミットメント」(専門家の設置と必要な予算確保)、「結核専門家の社会的視野の拡大」(啓蒙活動およびその研究)、「保健師や公衆衛生看護婦(沖縄)の活用や研修の充実」に要約される。この日本の結核対策の歴史の中で、開発途上国に応用可能かつ開発途上国のDOTSをさらに補強するための重要な鍵になるのは、地域保健ワーカーのレベル向上やワーカー自身のイニシアチブと責任感への支援が考えられた。

そこで、本年度は日本における結核対策の経験が結核問題が減少する中で、結核の経験が他の公衆衛生活動にいかに関与したかを探り、途上国における結核対策支援の根拠を導き出すことを目的とした。即ち、結核の蔓延とその減少を経験し、保健活動の変化を経験した保健師等への面接からその情報を得ようとした。

今回の調査対象の保健師のほとんどは、主に昭和30年代半ばから平成10年ころまで地域保健の現場で活動してきた。日本の結核の流行とその対策の歴史の真っ只中で、経過を肌で知る最前線の従事者である。そこで、結核活動が地域保健の中心であった時代から、成人病対策や母子保健、精神保健という現在と同じような形態の活動に移行した経過を振り返り、結核対策の経験が他の公衆衛生活動をいかに強化した結核かを検証した。その結果から、開発途上国の結核対策を強化する鍵である、地域保健ワーカーのレベル向上やワーカー自身のイニシアチブと責任感への具体的な支援の方法を考察、検討した。

2. 方法

対象地域は沖縄県那覇市と長野県飯田市に設定した。結核感染が非常に多く、結核対策が功を奏し速やかに結核を減少せしめた地域であること、当時活動していた保健師に調査が可能であることから選択した。保健師各自の経験をグループディスカッション(FGD)、個別面接(IDI)1名により聴取し、本研究分担研究者の石川がFGDの進行をし、研究協力者の山崎が要点の記録、テープ記録、記録の整理を行った。以下の内容について、事前に調査用紙に記入してもらい、それをういながら具体的な内容の聞き取りを進めた。①各人の過去の保健師活動の略歴と結核との関わり方、②それぞれの時期における結核活動の内容および全仕事内での割合、③結核の仕事が減った分、どのような仕事をしていったのか、④

結核の仕事を経験したことで、他の仕事に役立った点・そうでなかった点の4点である。グループディスカッションの時間は概ね2、3時間とした。ひとつのグループは5、6人とした。この聞き取り内容は全てテープに録音し、それを全て字句に起こしてから、項目別の分類などをして分析した。発言内容はできるだけ本人の発言（言葉）を尊重して、そのまま記載するようにしたが、一部は分析者の考えで要約した。

### 3. 結果

調査対象の結核の活動割合は、日本の結核の流行の経過に重なった。沖縄の地域保健活動の記録にある結核対策の活動割合は、FGDの結果と概ね重なっていた。

結核対策の活動経験が、どのように他の公衆衛生活動に役立つかという具体的な内容を分類したのが別添資料3の資料1、2である。沖縄県と長野県、両地域の結果から共通することは、地域保健活動の過程を実践する技術が他の公衆衛生活動に役立ったというものである。地域保健活動の過程とは通常、地域把握、地域アセスメント、活動計画、実施、評価、計画修正といった一連の活動をさす。この過程の中で、調査した両地域において特に共通するのは（1）地域把握の方法や問題の発掘、活動の拡大方法、（2）記録やマッピングによる地域把握の方法である。さらに沖縄県で強調されたことに、（3）統計によるデータ分析と活動評価の方法、（4）系統だった研修や現場に出る前の基礎教育のあり方と現場のバックアップ体制があった。

（1）感染源や問題解決の方法等を追求することが重要であり、人々が秘匿したい結核という疾患であることから負い目や憤りなど複雑な感情があるので、治療や対策の受け入れには、最初に関係をつくるコミュニケーションが最も大切で、これは他の分野にも共通し、地域に入り込む入口になった。これにはあきらめない気持ちや教育で培われた責任感が強く作用し、結核治療以前の問題があれば、まず、住民の話をしっかりと聴くというファーストコンタクトの重要性は高い。これは社会復帰を見据えた援助につながっていく。また、他職種と連携する時に、対象者のことを良く知っていることで連携もしやすい。さらに、ひとりの対象者から地域全体を見て、集団的アプローチや各機関の連携、予防活動、患者会づくりに活動を拡大でき、このノウハウは他の活動にも適用できた。

（2）まず、個別の対象者について病歴のみならず、家族構成や家庭の背景、環境の詳細な記録をすることが、病気の要因分析や主治医との関係づくり、他職種・機関との連携、社会復帰支援にまでつながる。各種の専門職や一般事務等、複数の人々が関わるので、訪問記録や症例に関する正確な記録や検討（ケーススタディ）が適切な援助に有効である。このような記録を作成することは技術のみならず、意欲や根気が必要で従事者の責任感や資質が問われるものであるが、同時に援助者の力量形成につながった。

（3）個別の対象者の記録と地域全体のマッピングやサーベイランス、統計分析から、全体の推移や事業評価ができた。これは自分たちの活動の結果をみることにともなり、成果や問題、課題の把握につながった。付加的な効果として、根拠に基づいて活動を次の段階に進めていけたことは喜びや自信になり、活動意欲にも作用した。

（4）（1）から（3）を支えるものとして、基礎教育や系統だった現任研修の重要性がFGDの中で繰り返された。沖縄県の特色として、昨年度の研究成果にあるように、戦後、GHQによる公衆衛生の専門家による教育を保健師が受けたことが成果につながっている側面が



伺える。「12の原則」という公衆衛生活動の基本と心構えを叩き込まれ、これが専門職の少ない離島などでの活動の支えになっていた。これは結核のみならず、公衆衛生活動全般の基礎となり得た。加えて、総括責任者が離島や僻地の現場に出向いて保健師を指導・支援し、地域の問題を吸い上げて中央に持ち帰り、フィードバックするという細やかな支援や、月1回の現場の保健師のミーティングが問題解決や悩みの表出の場となり、これらは非常に大きな活動継続の支えとなった。さらに、法的な根拠があることや、それに基づいた情報が集約できる組織づくりのあり方、現場の保健・看護スタッフの総括責任者が保健・看護職である重要性にも言及された。

#### 4. 考察

1970年頃以降から現在までの日本の地域保健医療の活動における結核の経験が他の公衆衛生活動、特に慢性疾患対策へ応用できることは、3. 結果に示されたといえる。多くの開発途上国における感染症対策の必要性から、開発途上国で結核対策の活動を強化することは、他の保健医療活動を強化する基盤になりえるといえよう。

そこで、開発途上国の結核対策を強化する鍵である、地域保健ワーカーのレベル向上やワーカー自身のイニシアチブと責任感への具体的な支援の方法について、今回得られた結果から考察してみる。

結果や別添資料3の表1, 2にあるように、沖縄県でも長野県でも、非常に細やかな対象者への対応や地域への関わり方が特徴としてFGDで聴取された。加えて、現場の保健医療の従事者への県の支援のあり方も細やかだった。人やもの、予算が限られた中で、まず現場に行って対象者の家庭に入り込み、地域の各家庭の実態や地域の実情、現地のスタッフの能力を把握し、その結果を集約して分析、検討して、地域全体の保健医療の改善を図っていったのである。

この活動の方法は一見、非効率にも見える。しかし、専門家が十分に配置されていない開発途上国においては、地域の基礎的な情報が蓄積される点、活動の方法を実際に、いわば手取り足取り伝えて習熟してもらう点から、地域保健医療活動を推進する人材育成につながり、長期的、将来的にみれば生産的ではなからうか。手取り足取り伝えていく中で、専門家としての責任感やイニシアチブのとり方も伝えていくことが出来ようし、信頼関係も醸成される。地域に入っていくには、まず信頼関係をつくることであると、沖縄県、長野県双方から何回も言われた。これは開発途上国に支援する際も全く同様のことであろう。さらに、このような方法は、開発途上国の感染症対策から慢性疾患対策まで広く適用できると考えられる。その結果、その国の実情を反映した活動計画や実施がなされていくことが期待できる。

結果の(2)記録やマッピングによる地域把握の方法や(3)統計によるデータ分析と活動評価の方法も同様に、結核対策で実施したことが他の公衆衛生活動に転用できたことから、開発途上国においても支援することができると思われる。その際には、(1)についてと同様、その国や地方の実情に合わせて、従事者の記録や統計分析の理解度や習熟度、環境を把握した上で、情緒的な側面も配慮しながら、実地での活用を手助けすることが必要である。

結果の(4)は、特に沖縄県では戦後のGHQによる支援の一環として公衆衛生活動の教

育を受けたものである。その成果は人材育成であり、保健師個々人に職業倫理や心構えが培われたことであり、その成果は厳しい環境で大変な結核の流行を乗り切ったことにみえてとれる。自国以外の人材による教育を受けて活動する形態は、現在の開発途上国と援助国の関係に類似しているといえなくもなく、支援のモデルにもなりえるのではなかろうか。専門家としての職業倫理や責任感、現場でイニシアチブをとっていくことが出来る自信は、現場での細やかな伝達、指導のみならず、基礎教育や現任研修に負うところが大きいと考えられる。また、この教育内容に日本の経験を紹介していくことができると思われる。

## 5. 結論

結核の地域保健医療活動を強化することは、他の公衆衛生活動を強化することにつながり、日本で固有に培われてきた地域保健医療の技術と応用は開発途上国に紹介できるといえる。また、現場の保健医療従事者の結核対策による能力開発の具体例も日本の事例から紹介できる。具体的な人材育成、記録や統計分析の技術習得、専門教育の支援の実際にあたっては、その国や地方の実情に合わせて、従事者の理解度や習熟度、環境を把握した上で、情緒的な側面も配慮しながら、非常に細やかに、いわゆる手取り足取りという方法で対象者へ対応したり地域へ関わったりすることが有効であることが示唆された。今後は、示唆された支援の方法が、開発途上国の地域保健医療活動の中で実際に有効なのか検証できるとよいと思われる。

(石川報告書) 資料 表1-1  
 平成15年度 FGD 参加者の背景 (沖縄県) -- 各保健師の経験と結核の全仕事量における割合

保健師一年代	昭和20年代	昭和30年代	昭和40年代	昭和50年代	昭和60年代・平成	平成10年代
A 保健師			90% 保健所	12% 保健所	60% 6% 10%	
B 保健師		50% 無医地区	80% 養護教諭 保健所	30% 保健所	70% 保健所	10% 県予防課
C 保健師						
D 保健師				50% 島駐在-本島駐在	20% 保健所	10% 保健所-本庁
E 保健師					70% 本庁環境保健部予防課結核係-ハンセン病対策担当	30%
F 保健師				30% 島駐在	10% 保健所	
G 保健師						

表1-2 結核対策の経験を他の公衆衛生活動への応用に関するグループ・インタビューまとめ  
 沖縄県 那覇市

結核対策活動はいかに他の公衆衛生活動に役立つか	
結核活動以外で多かったこと	他の活動に役立つこと
* 検診 乳幼児や先天性股関節脱臼検診 成人病検診 * 家庭訪問 未熟児訪問 * 衛生教育、健康教育 * 栄養関連 * クリニック 戸外移動クリニック 総合相談クリニック 辺地診療所と病院の結核病棟 * 感染症 予防接種対策 予防接種事業の確立 感染症対策 * 地区活動 母子保健指導 地区組織の育成、 精神 障害児支援、 母子 老人 * 企画 * 保健所予防課統括 * 課長業務	①地域把握や地域活動の技術 ・家庭訪問を通して地域とつながる ・個から家族、地域を見る視点 ・他の感染症も基本は同じということ ・結核検診により乳幼児の全数把握や障害児の把握へとつながる ・乳幼児の全数把握、障害児の把握へとつながる ・評価方法を他の分野でも(ハンセン氏病など) ・地域の健康教育へつながる ②記録 ・ケースの詳細な記録をすること ・記録の技術が磨かれたケーススタディでできるレベル ③マッピング ・学習したマッピング(患者の分布を見る)技術で感染状況が把握できた ④コミュニケーションの技術 ・始まりは聴くことから、ということ ・最初にとにかく話を聞くことが信頼関係をつくったことは他でも同じ ・プライバシーの尊重 ・早期に面接することが患者支援や家族支援につながる ⑤対象者把握の技術 ・家庭の背景から治癒までの経過を見られる ・他職種と連携したこと ・患者発見からリハビリまで一連の活動の考え方 ・治療に関わったことで患者支援をより具体的にできた ・訪問による気軽な相談 ・家族の理解状況の把握の仕方 ・結核以外への相談につながる ⑥データの分析 ・サーベイランスという統計分析をして事業の評価をして対策を考えたこと ・結核検診データをもとに他の健康相談に広げる ⑦研修 ・系統だった研修の重要性 ⑧予防や検診事業の技術 ・集団健診の徹底 ・結核を中心に他疾患の防疫もできる ・すべての予防活動の基本になった ・間接フィルムのダブルチェックによる発見の重要性 ・結核の集団健診や集団教育からがんや検診事前教育につながった ⑨対象者把握の方法 ・家庭環境の背景をみる ⑩患者会づくり ・結核の療友会などから障害児や断酒の会へ *その他、結核でのノウハウを他の施策化へ



厚生労働科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）  
分担研究報告書

戦後日本の農村開発を途上国に活用するための方策に関する研究

分担研究者 佐藤 寛 アジア経済研究所経済協力研究部 主任研究員

研究要旨

本分担研究においては、戦後日本の健康水準改善の経験を、広く農村開発の文脈で捉えることを目指して、当時の資料、証言を収集し、現在わが国が途上国で実施している保健医療分野での開発協力プロジェクトにおける実践的な教訓を導き出すことを目的とする。本年度は、主に沖縄、長崎、北海道、長野の他、「蚊とハエをなくす運動」に関する関係者インタビューなどの聞き取り調査を実施した。戦後期の「農村開発」「地域保健」に関する重要な視覚が浮かび上がってきた。その結果、「評価（evaluation）」と「賞賛（appreciation）」の対比という問題が視覚化されてきた。短期間での実績主義ではなく、長期的に「受益者」から「感謝」（Appreciate）されることが活動の目的とされ、実際に「感謝」が寄せられることで公務員たる保健婦、生活改良普及員などは「達成感」という報償を得、「義務感」という倫理を維持出来たのではないだろうか。仮にこのような「献身的態度」が単なる日本的な文化的特質によるもの、ではなく、制度的な要因によるものであるとするならば、そしてそれが日本の戦後の社会開発の成功の鍵であるとするならば、現在の途上国に対する農村開発（農村部での保健健康改善協力を含む）プロジェクトに対する大きな教訓として提示することができるであろう。

研究協力者

山本敬子（国際協力機構国際協力専門員）  
池野雅文（コーエイ総研）  
山崎照美（日本放送協会）  
太田美帆（レディング大学大学院）  
山下優子（神戸大学大学院）  
関なおみ（リバプール大学大学院）

地方自治体の管轄した生活改善運動の活動を多面的に捉え、一つの地域で様々な行政がどのような活動を行い、棲み分け、協調してきたのかを跡付け、これらの「マルチセクターアプローチ」が特に農村地域の健康水準の向上に大きく貢献したことを実証する。

A. 研究目的

本分担研究においては、戦後日本（主として昭和20-30年代）の健康水準改善の経験を、広く農村開発の文脈で捉え直すために、当時の資料・証言を収集し、こうした経験の整理・分析によって、現在わが国が途上国で実施している保健医療分野での開発協力プロジェクトにおける実践的な教訓を導き出すことを目的とする。

（倫理面への配慮）面接対象者は主に昭和20年代、30年代に保健婦、生活改良普及員、開拓保健婦などとして活動された高齢者である。これらの方々に対する聞き取りにおいては、当方の目的（我が国の途上国援助への教訓）を説明し、その趣旨を理解して頂いた上で、聞き取りを行っている。また記録の公表においては、対象者のプライバシーに関する部分についての配慮を十分に行っている。

B. 研究方法

本分担研究においては、日本各地の戦後の農村開発の経験の聞き取り、残存資料収集を行う。その際の切り口として、①厚生省（当時）管轄下の保健婦・栄養士の活動、②農林省（当時）管轄下の生活改良普及員の活動、③文部省（当時）管轄下の社会教育主事、公民館長の活動、④その他の省庁

本調査の社会科学性格に照らして、倫理的な問題点はないと判断する。

C. 研究結果

本年度の分担研究では、主に沖縄（2002年3月他）、長崎（2003年7月、8月他）、北海道（2003年8月）、長野（2003年11月）の他、「蚊とハエをなくす運動」に関する関係者インタビュー（2003年4月）

などの聞き取り調査を実施した。この結果、保健婦と生活改良普及員の連携事例、開拓保健婦の活動事例などが明らかになってきた。また、簡易水道敷設事業における「生活改善実践グループ」の役割の重要性も明確になりつつあり、現代の途上国における応用可能性も視野に入ってきた。また、「蚊とハエをなくす運動」における住民組織の役割についてもいくつか明確になってきた点がある。

具体的には生活改良普及員が「種まき」をした農村女性のグループ活動が、ある程度の継続性を持ってくると、その活動領域が単に家庭内の生活改善ばかりではなく、集落レベルでの環境衛生、水道整備などへと広がっていく。こうしたタイミングで保健所からの適切な誘導と、地方自治体のある程度の支援（補助金など）があれば、最小限の行政的なインプットで、住民主体の環境衛生活動や、簡易水道敷設事業が実践出来るのである。

また、「開拓保健婦」という制度は農林省（当時）の管轄下にあり、保健婦資格を持った女性が他の農村地域と比べてもさらに貧困であった開拓地に駐在し、献身的な活動を繰り広げていた。この制度は昭和45年（1970）年に終了し、開拓保健婦は厚生省傘下の制度の中に吸収されていくが、インタビューを行った何人かの開拓保健婦から得られた「保健所保健婦の官僚的執務態度に違和感を覚えた」という証言は興味深い。この点は、今後考察を深めていきたい点である。

#### D. 考察

こうした聞き取り調査結果を踏まえた研究班会議での議論から、戦後期の「農村開発」「地域保健」に関する重要な視覚が浮かび上がってきた。それは、「評価（evaluation）」と「賞賛（appreciation）」の対比、という問題である。

長崎の五島列島でのインタビューにおいて、当時の保健所保健婦が「結核検診船」で離島を巡回検査下という事実が明らかになった。聞き取りによれば、県有船（「はと丸」）ら、船員（県職員）3名程度、保健婦、医師、レントゲン技師などが同乗し、島に着くと小学校教員の協力を得て一斉に喀痰検査を実施し、結核の疑いのあるものに対してレントゲン検診を実施、翌日までに結果を出して必要な措置をし、翌日午

後には次の島に向けて出発する、というサイクルで一週間連続して巡回したという。この時、船員も検診の補助という「業務分担外の業務」を行った。一週間の連続検診などという「献身的」態度はどのような動機付けの下に可能になったのであろうか。

研究班会議（2004/2/10）では、欧米的な評価システムの「不在」がこのような「献身的」「非合理」な勤務態度を可能にしたのではないかと、との視点が浮き彫りになってきた。短期間での実績主義ではなく、長期的に「受益者」から「感謝」（Appreciate）されることが活動の目的とされ、実際に「感謝」が寄せられることで公務員たる保健婦、生活改良普及員などは「達成感」という報償を得、「義務感」という倫理を維持出来たのではないだろうか。このことは、金銭的なインセンティブの欠如によって活動の持続性、確実性が確保出来ないとされる現代の途上国の地域保健、農村開発に大きな示唆を持っているように思われる。

#### E. 結論

仮にこのような「献身的態度」が単なる日本的な文化的特質によるもの、ではなく、制度的な要因によるものであるとするならば、そしてそれが日本の戦後の社会開発の成功の鍵であるとするならば、現在の途上国に対する農村開発（農村部での保健健康改善協力を含む）プロジェクトに対する大きな教訓として提示することができるであろう。次年度以降も、こうした仮説を支持する歴史的事実の発掘を進めていくべきであると思われる。

#### F. 健康危険情報 該当せず

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

佐藤寛 連載「途上国ニッポンの知恵」国際協力機構『クロスロード』

2003年4月号「50年前の開発ワーカー」

2003年5月号「台所改善へのかまど」

2003年6月号「達流しの設計」

2003年7月号「職業としてのかんながけ」

2003年8月号「無視出来ない民間参入の力」

2003年9月号「現場からのフィードバック」

2003年10月号「改良かまどの背後にある

もの」

2003年11月号「開拓者たちを支えた開拓保健婦」

2003年12月号「ホームプロジェクトの授業」

2004年1月号「共同炊事という試み」

2004年2月号「手作りの三角パンツ」

2004年3月号「共同保育という福音」

佐藤寛 「社会開発と普及」『アジア研ワールドトレンド』2003年6月号 (pp.55-56)

佐藤寛 「貧困削減・社会開発の視点から見た戦後」『アジア研ワールドトレンド』

2003年12月号 (pp.3-5)

SATO, Kan Hiroshi "Growth with Equity through Livelihood Improvement Program", in Globalization carried on Human Feet, Institute of Developing Economies, 2004 pp.1-13

池野雅文 (研究協力者) 「農村開発における住民組織化の可能性」佐藤寛編『援助と住民組織化』アジア経済研究所 2004 pp.169-193

太田美帆 (研究協力者) 『生活改良普及員から学ぶファシリテーターのあり方：戦後日本の経験から学ぶ』国際協力機構平成15年度客員研究員調査研究報告 2004年3月

## 2. 学会発表など

佐藤寛『ライブリッド・アプローチと生活改善運動』 「JICA 国際セミナー／農村開発と日本の生活改善運動」2003/8/4 JICA 国総研

佐藤寛『貧困削減・社会開発の視点から見た「戦後」』 「JICA・アジア研共同公開講座／日本型貧困削減アプローチは可能か」2003/10/7 JICA 国総研

佐藤寛『忘れられた日本の経験～生活改善グループの宝～』 「農村生活改善協力のあり方に関する研究 JICA 山口県セミナー」2003/11/26 山口市

関なおみ (研究協力者) 「住民参加型開発における専門職の参加～戦後日本の力とハエのいない生活実践運動におけるアクター分析を元に～」 国際開発学会第四回春季大会報告 2003/6/14 学術総合センター

太田美帆 (研究協力者) 「日本の生活改善経験は伝授出来るか」 国際開発学会第四回春季大会報告 2003/6/14 学術総合センター

太田美帆 (研究協力者) 「ファシリテーターの技術とは～生活改良普及員から学ぶこと」 国際開発学会第14回全国大会報告 2003/11/30 日本福祉大学

H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当せず



戦後日本の助産師の経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究

分担研究者 大石和代 長崎大学医学部保健学科教授

#### 研究要旨

長崎県内に在住する元開業助産婦 22 名への聞き取り調査を実施し、調査の分析から助産婦活動の特徴を抽出した。

開業助産婦は、助産師免許取得後、出身地にもどり、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に 2 年程度勤務する。この期間は、新米助産婦が先輩助産婦や医師から指導・助言を受け、助産の実践能力を高めるのに役立つ。さらに、助産師仲間や医師および地域住民との間の信頼関係づくりにも役立ち、この経験がその後の開業助産婦活動を円滑にする。また、開業後は職能団体に加入し、研修に積極的に参加することにより、助産技術の向上に努める。助産婦に認められている自由裁量権は、助産婦の主体的な活動を促進するだけでなく、助産婦に強い責任感を抱かせ、生涯にわたる自己研鑽につながる。

これらの開業助産婦の活動の特徴は、途上国保健医療システム強化の人材育成の分野に活用できるのではないかと考える。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するために、母子保健対策を中心に科学的な検討を加え、途上国の立場から日本での経験の応用可能性を検討することである。本分担研究者は、戦後の開業助産婦活動について調査し、調査結果を分析することを目的として本研究を分担する。

平成 15 年度は、平成 14 年度に引き続き、元開業助産婦の活動について聞き取り調査を行い、分析する。また、これらの開業助産婦と同時代に活躍した医療関係者及び分娩経験者を対象にした聞き取り調査を行い、元開業助産婦とは異なる視点から助産婦活動

を分析する。加えて、バングラデシュ農村部を視察し、途上国農村部の母子保健の現状について知る。

#### B. 研究方法

##### 1. 対象

研究の趣旨を理解し、協力の得られた、長崎県内に居住する元開業助産婦 22 名、これらの助産婦と同時代に活躍した医療従事者 5 名（産科医 2 名、元産院勤務助産婦 1 名、元保健婦 2 名）および自宅分娩経験者 6 名である。

##### 2. 調査期間

平成 15 年 4 月～平成 16 年 3 月

##### 3. データ収集方法

分担研究者およびその研究協力者がそれ

それぞれの対象を戸別訪問し、戦後の開業助産婦活動に関する面接調査を実施した。

(倫理面への配慮)

面接調査は対象の合意を得てから実施した。また、調査時の録音は、対象者の承諾を得てから行った。

### C. 研究結果

調査結果の分析から、以下の助産婦活動の特徴を抽出した。

#### 1 分娩状況

昭和30年代までは、都市部、地方部(離島部含)ともに自宅分娩が主流であり、開業助産婦が分娩介助を行っている。

#### 2 制度、政策面

「健康保険なし」から「皆保険」への移行をほとんどの開業助産師は意識していない。医師は患者が増え、医師による異常妊産婦への治療はやりやすくなる。

母子手帳は妊産婦に抵抗なく受け入れられている。開業助産婦も記録を残すことを評価し、普及に積極的である。

#### 3 助産技術

助産婦免許取得後、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に2年程度勤務し、助産の実践能力を高め、助産技術を確かなものとした後に開業する。

#### 4 囑託医との連携

囑託医との関係は非常に良好である。他の開業助産婦との仲間同士の連携も良好である。

#### 5 地域との信頼関係

非常に強い。ほとんどが出身地に戻り開業する。開業当初から地域に受け入れられる。

#### 6 継続ケア

妊娠中(契約)から産後1週間まで、責任をもって継続的にケアを提供する。分娩料には妊娠中のケアおよび産後のケア一料金が含まれている。

#### 7 助産婦トレーニング

開業助産婦はみな職業団体(助産婦会)に加入し、職能団体が企画した研修には積極的に参加する。

#### 8 妊産婦健診

ケアの量(妊婦健診の回数等)は開業助産婦の自由裁量による。

#### 9 異常の予防

止血剤等の薬品を常備する。家族を分娩に立ち会わせる。異常の的確な判断と救急時に対応できる助産技術を維持する。

### D. 考察

開業助産婦は、助産師免許取得後、出身地にもどり、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に2年程度勤務するが、この期間は、新米助産婦が先輩助産婦や医師から指導・助言を受けて助産の実践能力を高める期間であり、助産師仲間や医師および地域住民との間の信頼関係づくりの期間でもある。この期間を経ることで、開業助産婦は開業当初から地域にスムーズに受け入れられ、その後の活動も円滑になったと思われる。

開業後助産婦は全員が職能団体に加入し、研修に積極的に参加し、助産技術の向上に努めているが、これらの職業団体の存在は助産婦が孤立化するのを防ぎ、助産技術を維持・向上させることにつながるものであったと思われる。

助産婦に与えられた自由裁量権は、助産

婦の主体的でいきいきとした活動を促進するが、その一方で、助産婦に強い責任感を抱かせ、助産婦の生涯にわたる自己研鑽につながると思われる。

これらの開業助産婦の活動の特徴は、途上国保健医療システム強化の人材育成の分野に活用できるのではないかと考える。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

平成 15 年度はなし

##### 2. 学会発表

1) 大石和代、中尾優子、荒木美幸、長岡清子、野中伸子、小川由美子. 戦後日本の開業助産師経験の途上国への応用可能性について. 九州地区看護研究学会(佐賀市), 2003 年 11 月

2) 中尾優子、門司和彦、大石和代、松尾奈美子、Mahmudur Rahman、Flora Rahman、後藤利江. バングラデシュ・ダムライ郡の分娩・授乳状況：妊婦、乳幼児をもつ母親、伝統的産婆、地域家族福祉補助員、看護師への集団面接結果. 日本民族衛生学会(熊本市) 2003 年 11 月

3) 長岡清子、野中伸子、大石和代. 開拓保健婦活動に関する検討. 長崎県看護学会(諫早市) 2004 年 1 月

4) 大石和代、荒木美幸、中尾優子. 開業助産師の経験を途上国へ応用する可能性についての検討—戦後の開業助産師活動についての調査から—. 日本助産学会(東京都) 2004 年 3 月

(大石報告書) <資料>

## 長崎県の開業助産婦個人史(1): H・Oさん(昭和4年生)

### 1 開業までの経緯

私は昭和4年に島原市郊外の南高来郡国見町多比良に生まれました。昭和19年に高等女学校を卒業した後、島原市内にあった産婦人科医院へ就職し、働きながら島原助産婦・看護婦学校へ2年間通学しました。昭和21年に看護婦免許を、翌22年に助産婦免許を取得しました。助産婦免許取得後、島原市内の助産院で2年間助産婦の研修を受けました。

### 2 開業

出身地である国見町多比良にもどり、昭和24年4月に、20歳で開業しました。開業するにあたって新たに準備したものは分娩セット(4個ほど用意)、消毒液(エタノール及びクレゾール)、新生児の気道吸引器、手作りのラバーシート、腰の下に敷くメリヤス地の布、さしこみ便器、血圧計、搾乳器及び訪問用の黒い大きな皮のバックでした。分娩セットの中身はコッヘル数本、クレンメ、臍帯切刃、尿道カテーテル、結さつ糸及びのう盆でした。これらはすべて研修を受けた助産院で準備しました。

開業して2~3ヶ月は、同じ地域で開業していた助産婦の手伝いをしていましたが、そのうちにひとりふたりと声がかかるようになり、昭和25年3月に初めての分娩を取り扱いました。昭和25年度に取り扱った分娩例数は6例で、昭和26年度には18例と、徐々に例数が増えていきました。もともと地元出身なので抵抗なく地域に受け入れられ、口コミで、分娩例数が増えていったような気がします。取り扱った分娩例数が一番多かったのは昭和45年~昭和50年頃で、年に200~250例ありました。

最後に分娩を取り扱ったのは平成9年1月です。交通事故で腕、腰及び足を痛めて長時間歩くことができなくなり、赤ちゃんを抱き上げる力がなくなったので辞めました。現在も母乳相談や育児相談はしています。

### 3 嘱託医及び助産婦との関係

昭和24~30年頃国見町には6名の助産婦がいましたが、私は国見町とその両隣の町である有明町、瑞穂町の3町を担当しました。私が担当した地域の人口は当時2~3万人ぐらいだったと思います。助産婦同士の協力体制は非常に良く、お産が重なりそうな時や冠婚葬祭などで用事がある時にはお互いに連絡して頼みあっていました。この地域には当時産婦人科医院が2つ、産婦人科以外の医院が3つありました。嘱託医は産婦人科の先生にお願いしていました。とても優しい先生で、気軽に異常のある産婦さんを引き受けて下さいました。昭和30年頃に島原助産師会を立ち上げました。その時の会員は70名だったと思います。島原助産師会では1年に1回総会と研修会を行っていました。私もできるだけ参加するようにしていました。